

ご依頼検査に✓と□内をすべてご記入ください

ご依頼検査 □CT 検査 □MRI 検査

予約日時	R 年 月 日 ()	AM PM	:
フリガナ 氏名	男・女	御依頼元医療機関の所在地及び名称	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 歳	TEL	FAX
〒 住所		画像データ 当日渡し ・ 後日郵送	
TEL	携帯	所見データ 所見なし ・ 後日郵送 ・ FAX	
種別	健康保険 ・ 労災 ・ 交通事故		

検査当日にお持ちいただくもの

- ・ 予約票 ・ 依頼書 ・ 診療情報提供書 ・ 保険証 ・ MRI 検査説明問診票
- (MRI 検査をお受けになられる方のみ)

検査当日の注意事項

- ・ 検査の 15 分前にはお越しください。
- ・ 発熱 37.0 以上や風邪症状などある場合は当院のトリアージの取り決めに従い館内入場はできず裏口にて待機し、抗原検査や PCR 検査などのトリアージを行って頂いております。検査の結果によっては当日に CT, MRI 検査が出来ない場合がございます。
- ・ トリアージにて検査を行った場合は CT、MRI 検査料とは別に費用が発生致します。
- ・ CT、MRI 検査をキャンセルされる場合は事前に電話にてご連絡をお願い致します。

医療法人 暁美会 田中病院

〒587-0002

大阪府堺市美原区黒山 39-10

TEL (072) 361-3555

FAX (072) 361-3562